

*Татьяна Викторовна РАЕВА —
доцент кафедры общей и социальной
психологии, кандидат медицинских наук*

УДК 616.53-002-085.851

КОГНИТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАНИЯ С БОЛЕЗНЬЮ ПРИ АКНЕ

АННОТАЦИЯ. В статье представлены особенности когнитивных моделей переработки информации в отношении болезни при легких и тяжелых формах акне. Выявлены когнитивные искажения, определяющие дезадаптивные стратегии поведения больных. Показана роль когнитивных механизмов совладания в течении и прогнозе болезни. Отмечена необходимость включения когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексную реабилитацию больных с акне.

The author tackles the peculiarities of cognitive models to process information on light and heavy forms of acne reveals several cognitive distortions that define disadaptive behavior strategies of patients, demonstrates the role of cognitive mechanism of self-awareness during the course and prognosis of the illness, and points out the necessity to include cognitive and behavior therapy in complex rehabilitation of acne patients.

В последние годы все чаще обсуждаются вопросы адаптации к болезни, совладания с ней, используется термин «копинг». Копинг-процессы определяются как адаптивное поведение совладания в целях восстановления равновесия. Это своеобразные механизмы сознательной личностной защиты, гибкие и адекватные реальности, направленные на переработку действующего стрессора [1]. Таким стрессором является акне (вульгарные угри), поражающее до 85% лиц в возрасте от 12 до 25 лет [2]. Акне может пройти бесследно или привести к обезображиванию и образованию рубцов кожи. Даже легкие случаи акне вызывают значительный эмоциональный дистресс и имеют серьезные психосоциальные последствия [3]. Тяжелым психотравмирующим фактором для молодых людей с акне, особенно подростков, является наличие косметического дефекта, приводящего к изменению внешности, которой в этом возрасте придается особое значение. Больные с акне крайне сложно адаптируются в социальной среде, среди них большой процент безработных и одиноких людей [4]. По этому поводу существует выражение — «прыщи на лице — шрамы на душе» [5].

Необходимо отметить, что акне развивается длительное время, достаточное для того, чтобы принять необходимые меры и предотвратить образование рубцов. В настоящее время больным, страдающим различными формами акне, нет причин ждать спонтанной ремиссии. Лечение комбинацией наружных и системных препаратов позволяет справиться с любыми формами этого заболевания даже при резко выраженных деструктивных процессах [2]. Тем не менее, как отмечают многие специалисты, обращается за медицинской помощью лишь малая часть больных, что может быть связано с их психологическими особенностями, отношением к болезни.

В. П. Адаскевич [3] считает, что при лечении акне проблемой является не заболевание, а сам пациент. Врач должен учитывать психосоматические аспекты, для того, чтобы было обеспечено согласованное взаимодействие между ним и пациентом, а также для того, чтобы избежать психосоциальных последствий. Это начинается прежде всего с того, что при лечении серьезно воспринимаются

не только высыпания акне, но и сам пациент с его отношением к своей коже и его индивидуальной концепцией заболевания.

Значение субъективных факторов в процессе лечения и в формировании особенностей переживания болезни представлено в работе R. Bergler, который, исследуя 521 пациента с акне в возрасте от 15 до 25 лет, пришел к выводу, что переживание акне детерминируется, главным образом, субъективной степенью тяжести заболевания, независимо от объективной выраженности симптоматики, а субъективная оценка степени тяжести акне является главным критерием для принятия решения обратиться к врачу. Автор показал, что, сталкиваясь с акне, больные ведут себя по-разному. Он разделил их на три группы — «равнодушные» (16%), «активные» (37,9%) и «депрессивные» (46,1%). По мнению автора, «депрессивная» группа является самой распространенной среди больных с акне, что определяет необходимость включения в их комплексную терапию психологической и психотерапевтической помощи. Но в отечественной дерматологической практике считается, что в такой помощи больные с акне пубертатного возраста (физиологическим) не нуждаются. К формам акне, которые требуют психотерапевтических методов коррекции, главным образом относят эксфолиированные акне (*acne excofiata*, *acne neigotica*) и дисморфофобия при минимальном акне [3].

Хроническая кожная болезнь — акне, преломляясь через личность пациента, приобретает или патогенное влияние на его жизнь, или мобилизует ресурсы для преодоления, копинг-стратегии. В основе выбора стратегии поведения в условиях болезни находятся когнитивные механизмы, система определенных установок, верований, убеждений. Неадекватная оценка заболевания приводит к неадекватным эмоциям, которые со своей стороны нарушают адаптивные реакции организма. Исследований когнитивных процессов, которые определяют копинг-стратегии при акне, в доступной для нас литературе обнаружено не было. Остается невыясненным вопрос о том, каким образом когнитивные механизмы совладания с кожным заболеванием (акне) влияют на его течение и прогноз.

Целью исследования являлось изучение когнитивных искажений, определяющих неадаптивные стратегии поведения больных, а также когнитивных механизмов совладания с болезнью при акне.

Нами было обследовано 60 подростков и молодых людей в возрасте от 13 до 25 лет (12 (20%) мужского и 48 (80%) женского пола) с акне. Для оценки степени тяжести угревой болезни использовалась классификация, предложенная Американской академией дерматологии. Среди обследованных 30 человек (первая группа) составили лица, страдающие легкой степенью акне (характеризуется наличием комедонов и единичных папул) и 30 — (вторая группа) — лица с тяжелой степенью акне (когда наряду с выраженной папулопустулезной сыпью встречается до 3-5 узлов) [3].

Для выявления отношения молодых людей к заболеванию, определения их стратегии борьбы с акне и представлений о роли врача-косметолога в его терапии был применен метод стандартизированного клинического интервью. В соответствии с целью исследования нами модифицирована методика «Незаконченные предложения». Использовались методики выявления дисфункциональных мыслей и определения убеждений, которые в когнитивной терапии являются как диагностирующими, так и корректирующими. Для самооценки больными когнитивных аспектов, связанных с акне, был использован один из методов когнитивной терапии - шкалирование, который позволил сделать замеры проблемы: больше или меньше, сколько процентов, градусов, на каком месте по тяжести и т. д. [6]. Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни применялся в адаптированном для больных

акне варианте. Статистическая проверка достоверности различий полученных результатов проводилась с помощью критерия Фишера (φ^*).

В результате проведенного исследования установлено, что большинство больных в обеих группах ничего не предпринимали для предотвращения акне, профилактики данного заболевания (53% из первой и 87% из второй группы). На вопрос, что нужно было делать для предотвращения появления акне, 13% больных первой группы и 20% из второй дали ответ «не знаю». Они не получили своевременно информацию об этой патологии и методах ее профилактики и лечения. Представления об акне формировались у них только тогда, когда уже возникло заболевание.

Больные с первой степенью акне были немного больше осведомлены о причинах и природе акне (63,5%), чем при третьей степени (56%). Эти различия не являлись статистически значимыми, в среднем знания о болезни в обеих группах находились примерно на одинаковом уровне. Необходимо отметить, что большинству обследованных больных было известно о трех основных, с точки зрения современной медицины, причинах возникновения акне. К ним относят избыточное производство кожного сала сальными железами, изменение гормонального фона и воспаление.

Наиболее важная информация была получена, когда предлагалось согласиться или не согласиться со следующим утверждением: «Акне — это временный процесс, который проходит с течением времени (по окончании подросткового периода)». Процентная доля больных, не согласившихся с этим утверждением, достоверно больше в группе с легкой формой акне (73%), чем у больных с тяжелой формой болезни (27%) ($p < 0,001$). Пациенты второй группы считали акне временным процессом, который проходит по окончании подросткового периода и не нуждается в лечении, тогда как для первой группы акне — это заболевание, которое требует лечения и постоянных профилактических мероприятий. Здесь заключено базовое отличие в когнитивных моделях болезни у лиц, страдающих акне. Взгляд на акне как на заболевание предполагает принятие решения по его лечению. Мнение об акне как о временном, самостоятельно проходящем процессе предполагает бездейственную, пассивную позицию.

Одна из теорий, на которой основывалось проведенное исследование — это теория личностных конструкторов Дж.Келли, согласно которой все люди — исследователи, они создают конструкторы, с помощью которых воспринимают мир. Человек судит о своем мире с помощью понятийных систем, или моделей, которые он создает и затем пытается приспособить к объективной действительности. Это приспособление не всегда является удачным. Все же без таких систем мир будет представлять собой нечто настолько недифференцированное и гомогенное, что человек не сможет осмыслить его. В норме конструкторы постоянно проверяются на опыте, и в соответствии с результатами проверки подвергаются перестройке или даже могут быть исключены из системы конструкторов человека. Психологические проблемы являются следствием «изъянов» в конструкторных системах. При различных расстройствах продолжают использоваться конструкторы, постепенно потерявшие свою силу [7].

Из вышесказанного можно сделать вывод, что люди могут строить и использовать конструкторы относительно своей кожи, лица, истолковывать симптомы заболевания, и в зависимости от этого вести себя определенным образом, и с той или иной степенью эффективности справляться с акне. Так, если человек считает акне заболеванием — он идет к врачу и следует его медицинским указаниям, если нет — он может справляться с высыпаниями каким-то другим способом или не предпринимать никаких усилий вообще.

Контент-анализ интервью показал, что акне отражается на повседневной жизни лиц как с 1-й степенью акне (80%), так и с 3-й (67%). Можно выделить четыре основных сферы негативного влияния акне: снижение чувства уверенности, ограничение общения, ограничение свободного времени и физический дискомфорт. Хроническое кожное заболевание приводит к ломке привычного образа жизни и деятельности больного человека, необходимости формирования нового жизненного стереотипа. Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», в том числе ее когнитивной составляющей.

Модифицированная методика незаконченных предложений позволила обнаружить, что для больных 1 группы наличие акне, прежде всего, означало ухудшение внешнего вида, снижение физической привлекательности. Для больных 2 группы плохая кожа предполагала отсутствие счастья, кожа была эмоционально очень значимым элементом («кожа — это главное», «кожа — это самое главное») (диаграмма 1).

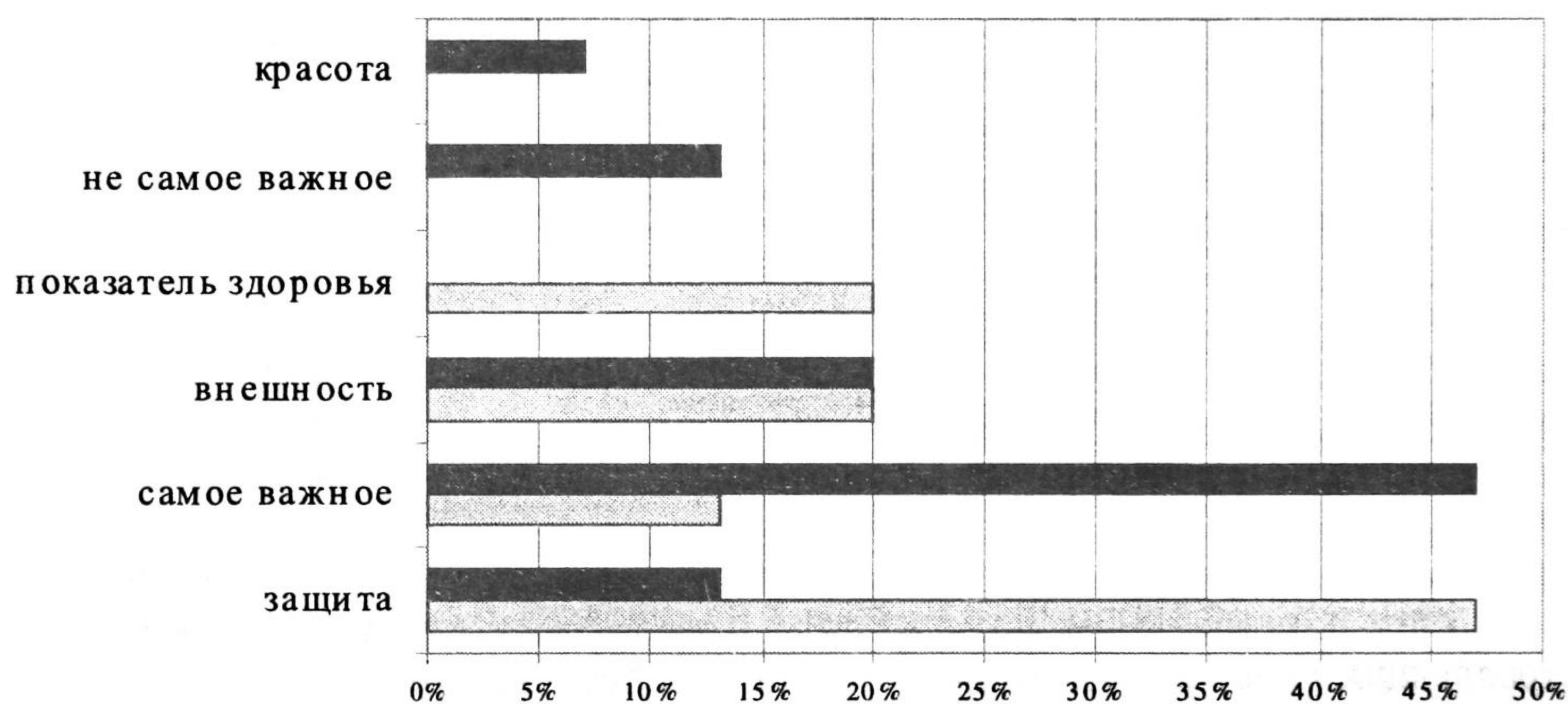


Диаграмма 1. Варианты продолжения фразы «Кожа — это ...» у больных акне (по методике «Незаконченных предложений»)

Серые столбцы — данные больных с легкими формами акне;

Черные столбцы — данные больных с тяжелыми формами акне.

При анализе продолжения фразы «здоровая кожа...» было обнаружено, что в группе с выраженными формами акне очень много эмоционально окрашенных формулировок (60%), тогда как среди больных с легкими формами болезни такой тенденции не наблюдалось. Фраза «если бы у меня не было акне...» у 60% второй группы также вызвала эмоционально насыщенные ответы, в то время как 47% из первой группы считают такую возможность просто положительным изменением в их внешности.

Больные с 3 степенью акне главным преимуществом людей с хорошей кожей выделяли отсутствие забот по уходу за кожей. Здесь кроется представление о том, что «красивая кожа — это не результат усилий, это изначальная данность», и что «ее не нужно поддерживать в таком состоянии». Следовательно, если кожа «плохая», «с прыщами», то это значит, что «она просто склонна к их появлению, и предпринимать что-либо не имеет смысла».

Оценка специфических требований ситуации предшествует адаптивной (или дезадаптивной) стратегии и вызывает ее. Оценка ситуации, по крайней мере частично, зависит от релевантных основных убеждений. Эти убеждения входят в более или менее устойчивые структуры, называемые «схемами», которые отбирают

и синтезируют поступающие данные. Психологическая последовательность далее идет от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации соответствующей стратегии. Эти схемы, от которых зависят когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, рассматриваются как фундаментальные элементы личности. В поведенческих или функциональных терминах эти признаки могут быть названы «основными стратегиями». Как уже отмечалось выше, при выраженных формах акне выявлена активация таких установок, как «акне пройдет само, предпринимать что-либо не имеет смысла», «плохая кожа — отсутствие счастья», «кожа — это самое главное». Они образуют ядро дисфункциональной схемы, которая приводит к формированию депрессивных расстройств, замещая ориентированные на реальность адаптивные схемы.

Необходимо также подчеркнуть, что 40% из группы больных с тяжелой степенью заболевания указали на отсутствие неприятных ситуаций, связанных с акне, хотя в 87% случаев акне являлось для них проблемой. В группе с легкой степенью заболевания только у 47% больных выявлено, что акне является для них проблемой. В данных фактах нам видится противоречие, указывающее на работу такого когнитивного процесса, как «ассимиляция», который был более выражен во второй группе. Ассимиляция избирает информацию, если она соответствует содержанию схемы, или трансформирует информацию, чтобы привести ее в соответствие с прошлым знанием. Интересным является тот факт, что при возникновении новых высыпаний, при усугублении состояния кожи лица больные с 3-й степенью акне испытывали отрицательные эмоции, направленные на высыпания. Например, злость на прыщик, что он вскочил, а не на себя, что не выполнил каких-либо действий для предотвращения акне, снимая, таким образом, ответственность за собственное бездействие.

Анализ методик определения дисфункциональных мыслей и убеждений позволил сделать вывод о том, что для всех больных ситуация общения, взаимодействия с другими людьми являлась фрустрирующей, особенно в моменты обострения заболевания. Например: «Нет, не поеду в гости, позориться только!», «Как этот человек отнесется ко мне из-за того, что прыщи на лице?», «Сестра сказала, что я опять опрыщавела. Мне стало очень обидно» и т. п. Большая часть описанных больными ситуаций, связанных с акне и вызывающих у них неприятные эмоции, были связаны с другими людьми. Часто у них возникало желание избежать того или иного контакта именно из-за наличия акне. Таким образом, можно сделать вывод о том, что изначально акне как заболевание, результат гормональной перестройки, переходило в плоскость психологических проблем. Человек начинал испытывать трудности в межличностном общении, и постепенно акне превратилось в барьер между ним и окружающим миром, закреплялось избегающее поведение.

В результате исследования было выявлено, что уровень притязаний по поводу красоты и здоровья своей кожи у исследуемых групп статистически значимо различался. Большинство лиц с 3-й степенью акне (79%) и только треть больных с 1-й степенью акне (36%) считали, что они были бы удовлетворены лечением, если бы имели 80% и более здоровой кожи. У больных с 3-й степенью акне были значительно выше ожидания от предполагаемого лечения у косметолога. В то же время известно, что тяжелые формы акне излечиваются в течение достаточно длительного периода времени. Необходимо отметить, что расхождение между реальной и желаемой оценкой состояния своей кожи минимальное в группе пациентов с 1-й степенью акне, часто это расхождение отсутствовало. В группе с 3-й степенью акне расхождение между двумя этими оценками очень большое. Они были не способны довольствоваться малыми результатами, что сочеталось с неспособностью оценивать и отслеживать небольшие изменения и приводило к мысли, что избавиться от заболевания и достичь желаемого результата невозможно.

Таким образом, если человек с 3-й степенью акне решил прийти к косметологу, он не замечал результатов, считал их незначимыми («если у меня плохая кожа, она уже не будет хорошей»). Эта модель поведения может быть проиллюстрирована такими высказываниями больных, как «От посещения косметолога нет никакого толка», «К косметологу ходить — только зря время тратить», «Многие процедуры в косметологии я считаю нецелесообразными» и т. д.

С помощью методики определения ожиданий было также выявлено, что около половины лиц как с 1-й степенью акне, так и с 3-й степенью акне мыслят по типу «все или ничего», они воспринимали события либо только как положительные, либо только как отрицательные. Это способствовало формированию завышенных ожиданий относительно лечения и приводило к последующему разочарованию при несовпадении их с реальными результатами, являлось причиной отказа от лечения. Они мало использовали промежуточных значений в оценке ситуаций. Обычно люди с таким типом мышления склонны к драматизации и паникерству. Больные с акне решались на лечение у косметолога лишь в том случае, если состояние их кожи воспринималось или как очень плохое («Раньше не хотела идти к косметологу, но сейчас дошла до отчаяния, больше нечего делать»).

Результаты самооценки социальной значимости болезни отражены на диаграмме 2.

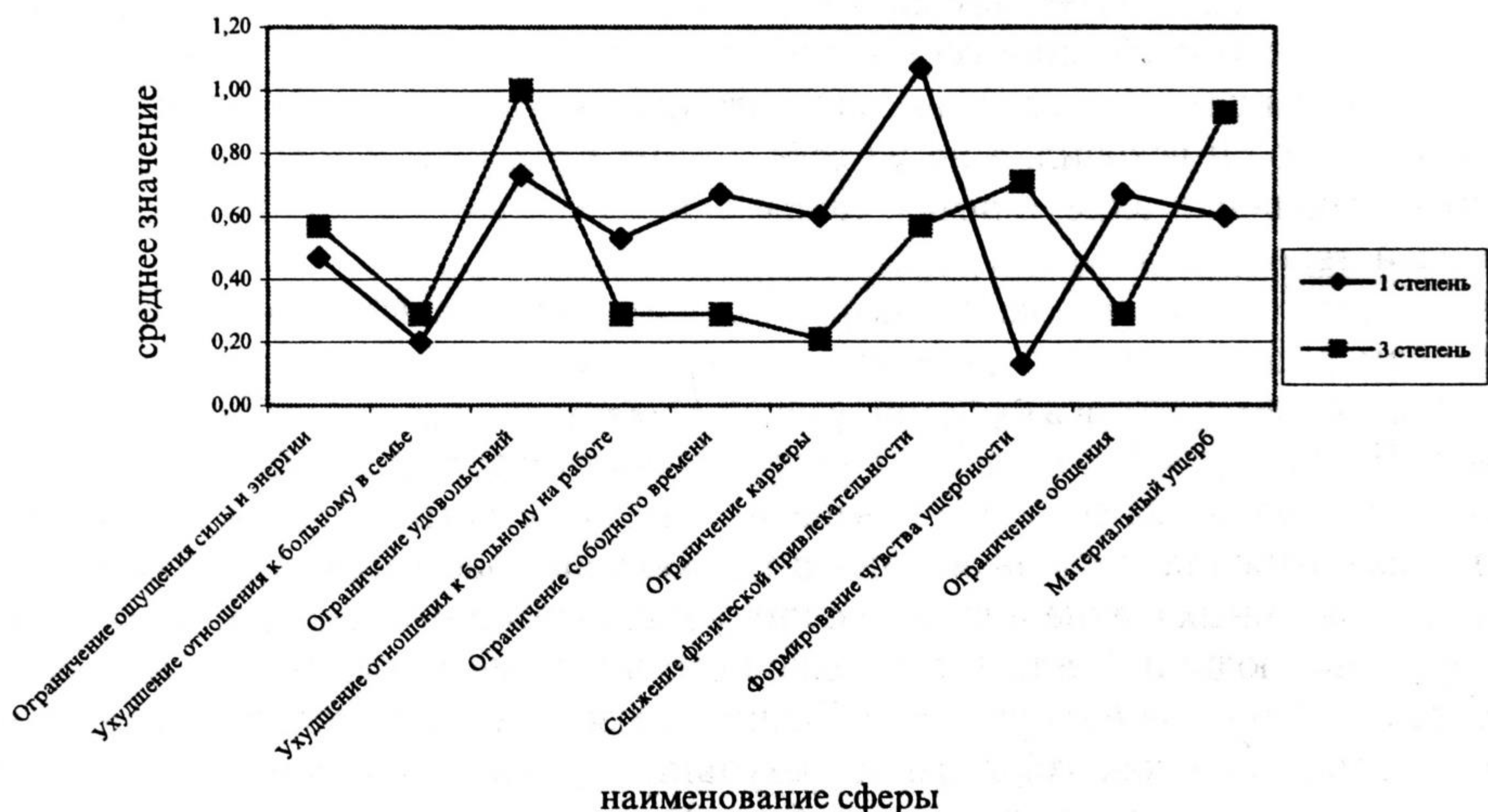


Диаграмма 2. Самооценка значимости болезни при акне

Графики показателей самооценки болезни при 1-й и 3-й степени акне практически совпадают или имеют те же очертания. Однако в пункте «Формирование чувства ущербности» и «Ограничение общения» выявлены явные расхождения. Формирование чувства ущербности практически не свойственно больным с легкими формами акне, в то время как пациенты с тяжелыми формами болезни указывают на это. Далее мы видим, что для первой группы больных характерно ограничение общения, в противоположность второй группе, где практически не отмечается такой тенденции. Для обеих групп в первую очередь отмечается ограничение удовольствий в связи с наличием у них данного заболевания. Снижение физической привлекательности — наиболее зависимая от акне сфера для пациентов с 1-й степенью акне. Для лиц с 3-й степенью акне данная сфера менее важна. Третья сфера, на которую влияет заболевание у лиц с 3-й степенью акне — это материальный ущерб. В полученных результатах обнаруживается противоречие, которое говорит о попытке больных с выраженными формами акне скрыть ре-

реальное положение дел, о наличии когнитивных искажений, которые препятствовали принятию адекватных мер по лечению акне.

Были выявлены мифы об акне, которые условно можно разделить на мифы, касающиеся акне и его причин, на мифы о враче-косметологе, и мифы о методах избавления от акне (врачебные и собственные). Наиболее распространенными из них являлись такие, как: «От акне нереально избавиться»; «Косметолог очень мало влияет на лечение, он не лечит, только снимает симптом»; «Количество высыпаний акне связано с отсутствием или уменьшением половых контактов». Подобные мифы приводили к неэффективным стратегиям совладания с болезнью. Незначительные результаты самолечения приводили к стрессу, а наличие стрессового фактора, в свою очередь, усугубляло течение акне.

R. S. Lazarus [8] рассматривал стрессовую реакцию как результат отношений между особенностями выдвинутого требования и имеющимися в распоряжении человека ресурсами. Качество этих отношений опосредуется через когнитивные процессы оценки. Если соотношение между требованиями и способностями кажется человеку уравновешенным, то ситуация оценивается как вызов. Это чаще встречалось при легких формах акне. Если стрессор оценивается как ущерб и/или утрата, то нарушается чувство собственной ценности и высвобождаются такие эмоции, как печаль или гнев. Такая позиция была характерна для пациентов с тяжелыми формами болезни, где кожное заболевание и «Я» больных были тесно переплетены, акне являлось для них в большей степени психологической, чем соматической проблемой.

M. Pereg, M. Reicherts [9] предложили копинг-таксономию, которая представляет действия и реакции совладания по их ориентации: на ситуацию (активное влияние, уход, пассивность); на репрезентацию (поиск или вытеснение информации); на оценку (переоценка/придание смысла, изменение цели). В дальнейшем было доказано, что более эффективно преодолевают стресс и обнаруживают более высокие значения в различных критериях душевного здоровья те люди, которые чаще руководствуются правилами поведения, основанными на приведенной таксономии. В нашем исследовании эффективным копингом было активное влияние, поиск информации и переоценка, которые достоверно чаще наблюдались при легких формах акне. Когнитивные особенности лиц с 3 степенью акне оказывали негативное влияние на течение заболевания, так как не позволяли занять конструктивную позицию в отношении лечения.

Когнитивную модель переработки информации у больных акне можно представить следующим образом [10]:

СТИМУЛ → СХЕМА → КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ → КОГНИТИВНЫЕ СОБЫТИЯ → ПОВЕДЕНИЕ

Мозг перерабатывает средовые события (стимулы) с помощью базисных, иррациональных, бессознательных схем. Базисные схемы — глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру. Опыт отношений с родителями, их правила, лозунги, установки по механизму импринтинга интериоризируются и становятся чем-то вроде жизненных сценариев, искажая восприятие настоящего момента, препятствуя принятию решений. Так, проведенное исследование выявило, что подростки и молодые люди с тяжелыми формами акне имеют характерную для них базисную схему, которая, в свою очередь, является препятствием для принятия конструктивных решений по лечению акне и болезнь принимает тяжелую форму. Больные с тяжелыми формами болезни воспринимали акне как временный процесс, не требующий лечения, поэтому не предпринимали мер по его профилактике, занимая пассивную позицию.

По мере развития акне все больше искажались такие когнитивные процессы, как ассимиляция и аккомодация (связанные со схемами), переводящие информацию на поверхностный уровень когнитивных событий (внутренних монологов, мыслей, осознанных ментальных образов). Прочность когнитивной схемы пассивного поведения в плане лечения акне может быть объяснена преобладанием у этих больных процессов ассимиляции, признаки прогрессирования болезни долгое время (до 7 лет) игнорировались. К врачу они начинали обращаться лишь тогда, когда «доходили до отчаяния». Но чем хуже было состояние кожи, тем более сложным и длительным оказывался процесс лечения. В связи с высокими притязаниями по поводу состояния кожи и завышенными ожиданиями относительно лечения больные часто разочаровывались в действиях врача и прекращали лечение раньше времени. Их убеждением становилось то, что «если кожа плохая, то она уже не будет хорошей никогда». Когнитивные события взаимодействовали с поведенческими реакциями на средовые события, укрепляя негативную когнитивную установку: «Плохая кожа — это отсутствие счастья». Занимаясь самолечением, лица, страдающие акне, часто действовали в соответствии с теми мифами об акне, которые были ими усвоены. У больных с тяжелыми формами акне начинал доминировать стиль поведения, основой которого являлось самоотрицание, а также гиперактивное индивидуальное реагирование на ситуации межличностного общения. Акне становилось личностной проблемой, над которой они не имели власти, не могли с ней совладать. Негативное отношение к больной коже, которое наблюдалось как при легких, так и при тяжелых формах акне, в последнем случае переходило и на «Я» человека, что приводило к отрицательной оценке себя в целом. Вместо того, чтобы заниматься терапией и профилактикой акне, больные с выраженными формами болезни старались справиться с психологическими проблемами и комплексами.

Полученные результаты исследования могут быть использованы при построении адекватных психотерапевтических программ, где предпочтительными должны быть когнитивно-поведенческие методики, направленные на модификацию когнитивных искажений и развитие эффективных стратегий совладания с болезнью при акне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Haan N. Coping and defending. Process of self-environment organization. New York: Academic Press. 1977.
2. Данилова А.А., Шеклакова М. Н. Акне // Русский медицинский журнал. Том 9. 2001. № 11. С. 452-456.
3. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. М.: Медицинская книга. Н. Новгород: Изд-во НГМА. 2003. С. 23, 65-66.
4. Адаскевич В. П., Дуброва В. П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003. № 1. С. 51-56.
5. Bosse K. Psychosomatische Gesichtspunkte in der Dermatologie. In: Uexkull T von (Hrsg). 1986. С. 1016-1037.
6. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. СПб.: Речь. 2001. С. 55-60
7. Хьелл Д., Зиглер Д. Теории личности. СПб. 1997. С. 469-470.
8. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw Hill, 1966.
9. Perrez M., Reicherts M. Stress, coping and health. A situation-behaviour approach. Theory, methods, applications. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers. 1992. P. 30.
10. Cottraux J., Mollard E. Cognitive therapy of Phobias. In: Cognitive Psychotherapy (Theory and Practice) Ed. By C.Perris, I.M.Blackburn, H.Perris, 1988, Springer-Verlag, Berlin - New York-Heidelberg. P. 179-198.